

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

N° 867

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HERROU HENRI

Né le 19 Janvier 1911, à Daoulas (Finistère)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES

Kystes séreux des ligaments du Foie

(A propos d'une Observation)

Président de Thèse : M. CUNÉO, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1937

ANNÉE 1937

N^o

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

HERROU HENRI

Né le 19 Janvier 1911, à Daoulas (Finistère)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES

Kystes séreux des ligaments du Foie

(A propos d'une Observation)

Président de Thèse : M. CUNÉO, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1937

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et his.oire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	MAURICE VILLARET.
Clinique médicale.....	LOEPER
	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBOULLET.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	H. CLAUDE.
Clinique des maladies des enfants.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies mentales et des ma-	GUILLAIN.
ladies de l'encéphale.....	LEMIERRE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CUNEO
Clinique des maladies du système nerveux	GOSSET
Clinique des maladies infectieuses.....	GREGOIRE
Clinique chirurgicale.....	LENCRMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	MARION.
Clinique urologique	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements.....	JEANNIN.
	MOCQUOT.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	SERGENT.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	BEZANÇON.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	LAUBRY.
dulte	
Clinique cardiologique	
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie médicale..... ABRAMI
 Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Pharmacologie HAZARD.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

MM.

Pathologie chirurgicale.. MENEGAUX
 Obstétrique LANTUÉJOUL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE Guy.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LÉVY-VALENSI.
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Anatomie pathologique.. OBERLING.
 Pathologie chirurgicale.. PETIT-LUTAILLIS
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Chimie biologique..... SANNIÉ.
 Pathologie chirurgicale.. SÈNÈQUE.
 Pathologie expérimentale TROISIER.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BUSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT.
 Obstétrique GUÉNIOT.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Anatomie pathologique.. LEROUX.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROCQ.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
CHIRAY.		HEITZ-BOYER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		SCHWARTZ.	
PASTEUR-VALLERY-		VELTER.	
RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale.		
ECALLE			
LE LORIER.			
LEVY-SOLAL.			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.
Stomatologie.....	RUPPE.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon PERÉ

de mon FRÈRE

de ma SŒUR

de ma FILLE

A MA FEMME

A MON FILS

A MA FILLE

A MA MERE

A MA SŒUR

A MES FRERES

A MES BELLES-SŒURS

A MON BEAU-FRERE

A MA FILLEULE, A MES NIECES

A MES BEAUX-PARENTS

*En témoignage de ma profonde
affection.*

AUX MIENS ET A MES AMIS

A mon Président de thèse

Monsieur le Professeur BERNARD CUNEO

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

CHIRURGIEN DE L'HÔTEL-DIEU

COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu me faire le
très grand honneur de prési-
der cette thèse.*

*Qu'il veuille bien trouver ici le
témoignage de mes senti-
ments respectueux et recon-
naissants.*

A Monsieur le Professeur agrégé

P. MOULONGUET-DOLERIS

CHIRURGIEN DES HOPITAUX

*Qui a bien voulu s'intéresser au
sujet de cette thèse. En témoi-
gnage de ma profonde grati-
tude et de mes sentiments res-
pectueux.*

A Monsieur le Docteur PILVEN

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE QUIMPER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Qui a bien voulu me confier ce
travail et aidé dans la rédaction
de cette thèse. Qu'il
veuille trouver ici l'expres-
sion de toute ma reconnais-
sance.*

A Messieurs les Docteurs GAUME, LE CLECH,

CLOUARD, QUERNEAU, PENTHER, GIFFO

DE L'HÔPITAL DE QUIMPER

A Monsieur le Docteur GASNE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE QUIMPERLÉ

A Monsieur le Docteur Y. OLLIVIER-HENRY

A Monsieur le Docteur LEROUX

CHIRURGIEN DE L'HOTEL-DIEU DE NANTES

*Qui m'a toujours témoigné la
plus bienveillante sollicitude.
Hommage reconnaissant.*

INTRODUCTION

A l'occasion d'une observation clinique détaillée du docteur Pilven nous avons repris l'étude des kystes séreux des ligaments du foie. Ces kystes posent des problèmes cliniques difficiles : ils sont rares et, pour cette raison, on n'y pense guère. Ils constituent des curiosités anatomiques et pathogéniques. Les causes mêmes qui président à leur formation sont difficiles à élucider. Dans le domaine pratique, il nous a paru intéressant d'attirer l'attention sur ces faits pour permettre, à l'occasion d'un nouveau cas observé, de mieux fixer la nosologie de ces tumeurs.

En effet, l'insuffisance actuelle des documents anatomiques et histopathologiques ne permet pas encore de fixer avec certitude leur nature.

Ces kystes posent le diagnostic différentiel des tumeurs du foie, des tumeurs vésiculaires, et, dans quelques cas, des tumeurs de la paroi.

En vérité leur diagnostic précis est le plus souvent une découverte d'intervention, il peut arriver même que le diagnostic de tumeur du ligament suspenseur

du foie soit porté, mais, dans ces cas, la nature du kyste reste le plus souvent méconnue, on songe plus volontiers à un kyste hydatique ou à un abcès amibien.

C'est parce qu'il subsiste un doute, parce qu'on aura éliminé les autres diagnostics en l'absence de tout antécédent pathologique qu'on pourra dans quelques cas poser le diagnostic de tumeur bénigne ou de tumeur congénitale.

D'après les documents que nous possédons il semble que le traitement soit le petit côté de la question. Les chirurgiens dont nous rapportons les observations semblent avoir pu adapter aisément leur technique à l'ablation d'une tumeur qu'ils n'avaient encore jamais rencontrée. Cependant l'affection ne peut pas être considérée comme tout à fait bénigne puisque par sa simple évolution elle provoque assez de troubles pour rendre la vie difficile au malade qui en est porteur. C'était notamment le cas dans l'observation rapportée par le docteur Pilven.

En résumé, à côté de l'intérêt nosologique et pathogénique incontestable de ces kystes il existe un intérêt pratique réel dont l'importance n'est diminuée que par la rareté de l'affection.

NOTIONS ANATOMIQUES

ANATOMIE NORMALE DE LA RÉGION

Embryologiquement, le ligament suspenseur du foie représente la portion du mésogastre antérieur comprise entre le foie d'une part, le diaphragme et la paroi abdominale antérieure d'autre part.

Au point de vue topographique, il constitue une cloison reliant la face convexe du foie à la face inférieure du diaphragme et à la paroi abdominale antérieure qui lui fait suite jusqu'à l'ombilic. Cette cloison est orientée de la ligne médiane vers la droite, elle a deux faces : l'une, la gauche, appliquée sur le foie ; l'autre, la droite, regardant le diaphragme, deux bords et une base.

Des deux bords, l'un, supérieur convexe, correspond à l'insertion sur le diaphragme et la paroi abdominale, l'autre, inférieur concave, s'insère sur la face convexe du foie depuis l'extrémité antérieure du sillon de la veine ombilicale jusqu'à la veine cave inférieure.

La base du ligament suspenseur ou bord libre s'étend de bas en haut, depuis l'ombilic jusqu'au sil-

lon de la veine ombilicale; il flotte librement dans la cavité abdominale et loge dans son épaisseur le ligament rond, vestige de la veine ombilicale du fœtus.

Entre les deux feuillets péritonéaux, constitutifs du ligament, s'interpose une couche de tissu cellulaire au sein duquel circulent des lymphatiques, quelques veinules et quelques artérioles qui se rendent au foie.

ANATOMIE MACROSCOPIQUE DU KYSTE

Ces kystes ont une paroi propre de nature conjonctive, d'épaisseur très minime, souple et demi-transparente. Ils sont uniloculaires. Leur surface est modérément vallonée.

A l'intérieur, quelques brides frêles n'arrivent pas à diviser la poche ; extérieurement un peu de tissu conjonctif lâche entoure la poche et permet un clivage et une énucléation faciles. Dans ce tissu cellulaire courent quelques minces vaisseaux, mais ils constituent toujours des pédicules très peu important par leur taille comme par leur nombre.

ANATOMIE MICROSCOPIQUE

La paroi du kyste est constituée par des éléments conjonctifs plus ou moins denses. On y trouve des fibres musculaires lisses et parfois des éléments lymphoïdes.

Le point essentiel est l'étude de l'endothélium qui tapisse la face interne du kyste.

Dans l'observation de Chifoliau, le professeur Ménétrier a pu reconnaître une assise de cellule endothéliales rappelant d'une manière suffisamment nette l'aspect de l'endothélium péritonéal.

Dans l'observation du professeur Camelot, le professeur Delattre trouve, dans la paroi du kyste, des lames parallèles de tissu collagène, mais il ne croit pas devoir s'aventurer en précisant la nature de l'endothélium observé. Aussi le professeur Camelot, faisant état de la nature chimique du liquide contenu dans le kyste croit pouvoir le rattacher à une origine lymphatique.

L'examen cytologique du liquide du kyste que nous n'avons trouvé que dans l'observation du professeur Camelot montre en effet de nombreux lymphocytes et de nombreuses hématies. De tels faits ne nous paraissent pas probants : la présence des cellules blanches, essentiellement migratrices, ne peut constituer un argument solide ; la présence des cellules rouges, hors des vaisseaux, ne peut être considérée que comme accidentelle. On voit donc que la nature de ces kystes est en réalité indéterminée.

PATHOGENIE

Les kystes des ligaments du foie peuvent être divisés en deux groupes.

Dans l'un nous placerons les kystes secondaires, kystes dus à une cause connue ou, au moins, indépendante par sa nature du ligament lui-même. Ce sont si l'on veut des corps étrangers inclus dans le ligament. Le type en est le kyste hydatique. L'étude historique de ces kystes se confond avec celle de la maladie hydatique dont ils ne sont qu'un cas particulier. Par analogie on pourrait inclure dans ce groupe les kystes dermoïdes et les kystes hématiques. Il ne semble pas qu'on puisse trouver d'inclusion wolffienne à la hauteur des ligaments du foie. Le cas échéant, elles entreraient dans ce groupe.

Tout autre serait l'intérêt présenté par le second groupe, celui des kystes des ligaments du foie, que l'on pourrait qualifier d'endogènes. Cette dénomination très limitative n'engloberait que les kystes formés par un des éléments constitutifs normaux du ligament.

La pathogénie des kystes développés aux dépens

de la paroi séreuse proprement dite relèverait de deux processus différents : le premier processus est celui décrit, à propos des kystes séreux de l'abdomen, en général, par Cunéo, en 1909, dans les *Archives Générales de Médecine*, et par Drucber, dans l'*Echo Médical du Nord*, en 1908. Ces auteurs publient des observations dans lesquelles la pathogénie invoquée est un défaut de coalescence des feuilletts péritonéaux.

L'autre type correspond à un enclavement du péritoine c'est la pathogénie invoquée par J. Gautier dans le cas qu'il a observé avec Chifoliau.

On peut considérer les inclusions intestinales comme des éléments normaux du ligament et ce serait là un nouveau type de kyste. Il semble qu'on trouverait plutôt de telles inclusions dans les mésos intestinaux.

Enfin il est évident que les éléments vasculaires peuvent dégénérer pour leur propre compte et donner lieu à des kystes particuliers. Dans cette hypothèse on conçoit que la conception, défendue dès 1860 par Potain, de l'origine lymphatique de certains de ces kystes, puissent être défendue. Elle ne peut comprendre effectivement que des cas peu nombreux. Cette conception a été reprise plus tard par Klemm et Schvetz. Lecène et Fossard ont publié, en 1900, à la Société d'Anatomie, une observation caractéristique de lymphangiome kystique.

Nos recherches nous ont conduit seulement à découvrir deux documents bibliographiques importants : La thèse de Gautier qui date déjà de 1927 et

qui étudie les kystes séreux abdominaux en général et l'article documenté de Camelot, Desbonnets et Bateur, en 1936, qui reproduit un cas assez voisin de l'observation inédite que nous apportons.

SYMPTOMATOLOGIE

La lecture des observations que nous rapportons nous permet de rassembler les symptômes que l'on peut trouver dans les kystes des ligaments du foie.

Un auteur allemand, Buttner, donne comme caractéristique de certaines lésions du ligament falciforme la triade symptomatique suivante :

Douleurs dans la région ombilicale ;

Sensation de pesanteur retrosternale avec expectoration (?) sans vomissement ;

Hoquet.

De ces trois signes, le hoquet serait le plus fréquent et le plus caractéristique. Camelot, Desbonnets et Batteur, dont nous rapportons une observation ne peuvent se résoudre à attribuer à ce syndrome une valeur caractéristique.

Chez leur malade, il y avait bien en effet des douleurs dans la région ombilicale et une sensation de pesanteur au creux épigastrique (signes qui sont certainement sans aucune prétention symptomatique) mais il n'y avait ni hoquet, ni expectoration.

Tels étaient d'ailleurs les signes fonctionnels que nous avons retrouvés dans l'observation de la malade du docteur Pilven. Ils siégeaient au début dans la région lombaire et dorso-lombaire. Le type radiculaire des douleurs était tellement caractérisé que le diagnostic fut aiguillé vers un mal de Pott.

Les signes physiques, auxquels ont donné lieu les kystes observés sont ceux d'une tumeur siégeant dans la région para-ombilicale, tumeur superficielle, et située légèrement à droite et au-dessus de l'ombilic. La tumeur fait une légère saillie, surtout visible à jour frisant et entièrement réductible par la contraction des grands droits.

Elle peut être isolée par la palpation et même soulevée entre les mains. Elle donne la sensation de rénitence plutôt que de fluctuation, comme toutes les tumeurs kystiques d'ailleurs.

Un de ses caractères serait, d'après Desbonnets, Camelot et Batteur, sa grande mobilité dans le sens transversal ; on pourrait, d'après eux, la mobiliser sous la peau et sur les viscères profonds. Elle se laisserait repousser à gauche de l'ombilic sans provoquer aucune douleur pour reprendre ensuite d'elle-même sa position première. En aucun cas elle ne présenterait de mobilité spontanée.

Dans l'observation de Pilven il n'en était pas ainsi, la tumeur était très peu mobile dans le sens transversal. En voici les raisons : alors que le kyste rapporté par Camelot, Desbonnets et Batteur s'était développé entre les feuillets du ligament suspenseur du foie,

celui de Pilven était inclus dans le ligament rond lui-même.

Le premier, du fait de la laxité des mésos était donc très mobile dans le sens transversal. Le second au contraire était rattaché à ses deux extrémités, hépatique et ombilicale par un ligament résistant, très court, ce qui explique la mobilité relative dont il disposait.

Mais si la mobilisation transversale de la tumeur peut être facile, la mobilisation verticale l'est beaucoup moins, et en particulier, si on peut la refouler légèrement vers le haut, il est très difficile de l'abaisser sous l'ombilic. La tumeur paraissait bloquée dans le cas inédit que nous publions entre le gril costal et la fosse iliaque droite.

Lorsque la tumeur est volumineuse, comme dans cette observation, on peut facilement éprouver à la palpation la sensation de ballottement rénal et de contact lombaire, sensations que l'on retrouve d'ailleurs souvent dans les gros hydrocholecystes.

La percussion de la tumeur donne un son mat. Si elle est développée à la partie inférieure du ligament suspenseur, elle descend au-dessous de la portion droite du colon transverse et la zone de matité tumorale est séparée de la matité hépatique par la sonorité du gros intestin.

Lorsque le colon transverse est refoulé à gauche de la tumeur, comme dans notre observation, il n'existe pas d'espace sonore entre la matité tumorale et la matité hépatique.

On verra d'après les observations que le diagnostic approché de telles tumeurs ne peut être fait que par la mise en œuvre de moyens cliniques complémentaires.

Pour exclure le kyste hydatique, le docteur Chifoliau a eu recours à la réaction de Weinberg. Dans ce type de tumeurs elle mérite d'être mise systématiquement en œuvre. Il se peut même que l'intradermo réaction de Casoni, plus facile à faire, puisse être préférée. Il faut savoir toutefois qu'elle demande elle aussi à être interprétée.

Pour localiser la tumeur, l'ingestion de substance opaque et le lavement baryté sont d'un emploi commode : ils sont nécessaires pour préciser les rapports avec le tube digestif qu'ils montrent refoulé en masse par la tumeur. Cette tumeur apparaît d'ailleurs elle-même derrière l'écran et l'on peut soupçonner ses rapports avec le foie quoiqu'elle se mobilise indépendamment de lui.

La différenciation d'avec la vésicule pourrait être faite à l'aide de la tétraiode phtaléine. Il serait probablement possible d'observer dans certains cas une image vésiculaire nette, ce qui permettrait de distinguer la tumeur, de la vésicule. Mais l'absence d'image vésiculaire distincte laisse dans le doute : on pourrait supposer indifféremment que la tumeur est la vésicule elle-même ou qu'elle comprime le col de la vésicule et empêche son remplissage ou que le cystique est obstrué pour une raison quelconque. Il serait impossible de conclure.

La différenciation d'avec la tumeur pyélo-rénale a été tentée par injection intra-veineuse de substance opacifiante. La pyélographie rétrograde peut être essayée. Ici encore on peut obtenir des résultats très différents : une bonne opacification permet d'isoler la tumeur et d'apprécier sa mobilité par rapport au rein; c'est un argument opératoire. Une mauvaise épreuve ne permet pas de conclure, sauf dans les cas où se trouve révélée une affection urinaire, tumeur, ou lithiasé. Le symptôme signalé dans nos observations est la compression extrinsèque de l'uretère par une tumeur mobile. En résumé ces épreuves spéciales tendent plus à établir la possibilité opératoire que le diagnostic exact de la tumeur.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du kyste des ligaments du foie n'est pas de ceux que l'on établit d'emblée à la simple inspection du malade ou d'après les signes fonctionnels. On peut même dire, étant donné la rareté de cette affection — il n'existe en France que deux observations connues et nous faisons connaître la troisième — que le diagnostic n'est jamais fait, si ce n'est après intervention chirurgicale. D'autre part, la symptomatologie en est trop banale et trop pauvre pour que l'on puisse établir un diagnostic différentiel certain. Tumeur et douleur se retrouvent dans un grand nombre d'affections des organes du voisinage des ligaments du foie, vésicule biliaire, foie, rein, mésentère, pancréas, et ces derniers sont trop fréquemment atteints pour qu'il soit permis de songer, en présence de ces deux symptômes, au kyste des ligaments du foie.

Il suffit d'ailleurs de se reporter aux observations que nous reproduisons et aux différents diagnostics qui ont été faits, pour juger de la difficulté du problème.

A quelles affections pensera-t-on au lieu de penser au kyste des ligaments du foie ?

Il semble que le diagnostic puisse comporter plusieurs étapes :

1° Le malade vient consulter pour des signes fonctionnels. Nous voyons dans une de nos observations un syndrome radiculaire assez caractérisé, assez intense pour en imposer pour un mal de Pott et provoquer un séjour de quatre mois à Berck. Le hoquet, les pesanteurs, les tiraillements, signes beaucoup plus banaux, sont signalés. Il faut bien dire que le plus souvent ce n'est que la longue évolution de la maladie qui rectifiera le diagnostic et fera enfin palper la tumeur.

2° La tumeur étant connue, où siège-t-elle ? On peut arriver, en pratique, à éliminer les tumeurs extra-hépatiques.

L'hydronéphrose peut être éliminée avec une certitude suffisante à l'aide des images obtenues par la pyélographie.

Le kyste du pancréas comporte, soit des antécédents traumatiques pour expliquer la présence d'un kyste traumatique du pancréas ; soit des antécédents pathologiques, crises douloureuses de la région épigastrique, qui pourraient faire penser à un faux kyste pancréatique. S'agit-il d'un kyste vrai d'origine dysembryoplasique ? Dans cette hypothèse, ce ne pourrait être qu'un kyste de la tête du pancréas, étant donné le siège à droite de la tumeur ; mais dans ce

cas, on devrait certainement noter à l'examen radiographique un élargissement important du cadre duodénal qu'on ne trouve pas dans les observations rapportées. La mobilité de la tumeur, son siège superficiel sont opposés à ce diagnostic.

L'hydrocholecyste est toujours d'un diagnostic difficile. Rappelons que l'épreuve du tétraïode est négative — par là même sa signification n'est pas absolue. Elle prend de la valeur du fait du passé hépatique et vésiculaire du malade. La mobilité de la tumeur, l'existence ou l'absence de contact lombaire même peuvent être interprétées selon les cas en faveur de l'une ou de l'autre affection, si bien que ce diagnostic demeure toujours difficile.

3° La tumeur est hépatique ou au contact immédiat du foie. Siège-t-elle superficiellement dans la glande ou bien est-elle seulement accolée à elle? Ces questions ne sont pas posées le plus souvent.

On discutera plus volontiers la nature de la tumeur. S'agit-il d'un cancer : la longue évolution, la conservation de l'état général s'y opposent. S'agit-il d'un abcès amibien? Il n'y a pas d'antécédents dysentériques et de plus, ici encore, la conservation de l'état général pendant une longue période est peu en faveur de ce diagnostic.

Le kyste hydatique est écarté parce que le malade n'a aucun antécédent favorable à l'éclosion de cette affection ; parce que les réactions de Weinberg et Casoni sont négatives.

A-t-on le droit enfin de supposer un adénome solitaire du foie, un kyste du ligament suspenseur ou du ligament rond? Ce sont là des hypothèses sans consistance avant l'intervention et que cette dernière, formellement indiquée dans le doute, peut facilement détruire et, seule définitivement étayer, le cas échéant.

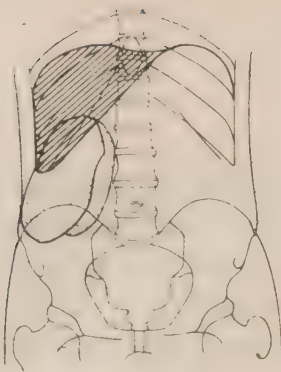


Fig. I

I. Radioscopie ; La tumeur est abdominale, sous-hépatique

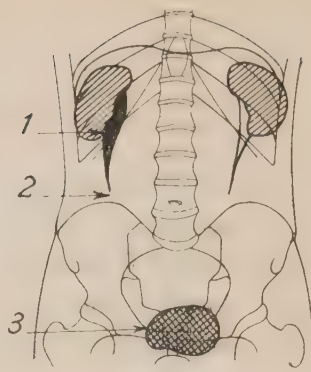


Fig. II

II. Pyelographie au ténébryl

- a) le bassin g. est vide.
- b) le bassin d. (1) est spécifié, il ne s'est pas vidé, il y a donc compression tumorale de l'uretère (en 2).
- c) la vessie est spécifiée (3).

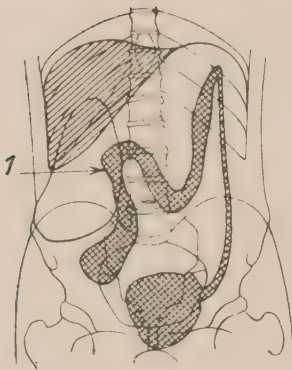


Fig. III

III. Lavement baryté : l'angle colique droit est refoulé en dedans (1).

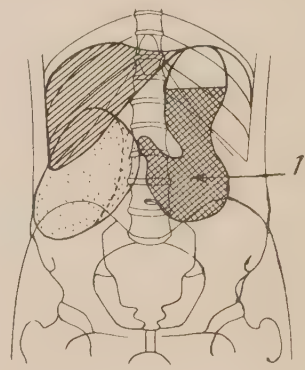


Fig. IV

IV. Ingestion de baryte région pyloro-duodénale légèrement repoussée à g. par la tumeur (1).

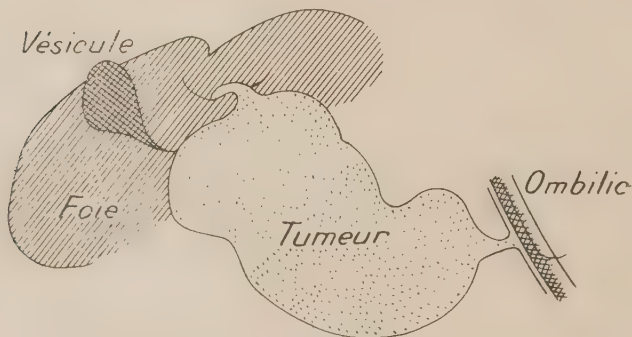


Fig. V

V La tumeur vue au cours de l'intervention et fixée au foie et à l'ombilic

OBSERVATIONS

I. — OBSERVATION DU D^r PILVEN (de Quimper)

« L'observation que nous avons recueillie concerne une demoiselle de 31 ans, qui nous a été adressée en mai 1936 par notre collègue le docteur Gasne, de Quimperlé, pour observation et intervention chirurgicale.

La malade, Mlle F..., présente des antécédents héréditaires ou collatéraux sans intérêt.

Réglée à 13 ans, elle jouit d'une excellente santé jusqu'à l'âge de 23 ans.

A cette époque, résidant dans l'Oise, elle commence à se plaindre de douleurs sourdes, passagères, puis bientôt continues dans la région lombaire et dorso-lombaire. La persistance de ces douleurs, que le décubitus horizontal seul atténue, retentit rapidement sur l'état général de la malade.

Un confrère consulté à cette époque découvre un « rein droit gros et ptosé » mais troublé par le caractère des douleurs et leur atténuation dans la position couchée; il songe à un mal de Pott et adresse la jeune fille à Berck; à l'Hôpital Maritime.

Là on prolonge pendant 4 mois l'immobilisation. Des radiographies sont faites, qui montrent l'intégrité absolue des vertèbres et l'absence de mal de Pott. Renvoyée chez elle, Mlle F... demeure incapable de tout travail.

lenaillée par les mêmes douleurs qui présentent toutefois un trait nouveau : leur irradiation vers l'hypocondre droit. Cependant les digestions sont toujours demeurées bonnes; aucun trouble urinaire n'est accusé. Une sangle abdominale seule permet à la malade de se tenir debout et de vaquer à de légères occupations, mais, presque constamment, elle doit rester allongée.

Quittant l'Oise, Mlle F... arrive à l'hôpital de Quimperlé, souffrant toujours, et présentant un très mauvais état général. Le docteur Friant, de Quimperlé, examine alors la malade en janvier 1936. Il constate pour la première fois une tumeur dans la région de l'hypocondre droit et pense à une tumeur du rein droit.

En avril, l'état de la malade ne présentant aucune amélioration, le docteur Friant préconise une intervention chirurgicale, bien que Mlle F... n'ait jamais présenté de troubles urinaires, pas de cystite, pas d'urines troubles ou sanglantes, pas de coli, ni de B. K. La tumeur qui progresse, n'a jamais revêtu l'aspect d'une hydro-néphrose et les autres symptômes de cette affection ont toujours manqué.

Une radiographie, faite à l'hôpital de Quimperlé, par le docteur Gasne, montre l'absence de calculs. L'examen d'une nouvelle radiographie faite après injection de ténébryl montre ce qui suit :

La vessie est pleine de liquide opaque et à gauche, rien n'apparaît, ni du bassinot, ni de l'uretère. A droite, au contraire, le bassinot apparaît complètement injecté, de forme normale, ses dimensions sont toutefois augmentées. L'uretère se dessine sur une longueur de 4 cms. Le point où se révèle la compression du canal correspond à la saillie maxima de la tumeur.

C'est alors que le docteur Gasne nous adresse sa malade en nous communiquant le résultat de ses examens antérieurs.

Nous voyons Mlle F..., jeune fille amaigrie, qui demeure constamment allongée, pouvant à peine se tenir debout, même avec le secours de sa sangle hypogastrique.

Les douleurs qu'elle éprouve sont constantes ou sourdes, moins aiguës cependant qu'elles ne le furent pendant les années précédentes.

L'appétit a disparu, mais il n'y a aucun trouble digestif.

Les mictions sont normales et l'examen des urines ne décèle aucune anomalie.

L'état de maigreur de la malade permet de distinguer que la moitié droite de la paroi abdominale est soulevée par une masse qui s'étend d'une part jusqu'à la ligne blanche, d'autre part au-dessous de la crête iliaque.

La palpation confirme la présence de cette masse. Elle est dure et pénètre profondément sous le rebord costal droit. Elle est mate à la percussion. Aucun espace sonore ne la sépare de la matité hépatique. Elle présente un bord interne arrondi qui atteint la ligne xypho-ombilicale. Son bord inférieur disparaît dans la fosse iliaque droite.

La palpation lombaire soulève la tumeur d'arrière en avant. La main postérieure sent parfaitement le pôle inférieur du rein droit ptosé et la tumeur semble absolument faire corps avec le rein dont on ne peut la séparer.

Les mouvements de latéralité de la tumeur sont extrêmement faibles. Pression et palpation de la masse ne révèlent aucune douleur spéciale, aucune irradiation rappelant les douleurs spontanées dont se plaint le malade depuis huit ans.

Un examen radioscopique de l'estomac ne permet pas de constater autre chose qu'un refoulement total de l'organe vers la zone gauche de la cavité abdominale. La

clarté colique droite borde la large lacune par quoi se révèle la masse. Mais on remarque que le cœcum semble situé dans un plan sous-jacent au pôle inférieur de la tumeur. Toute cette zone correspond à la sonorité normale de l'estomac et de l'intestin.

Aidé du Docteur Jasne, nous opérons Mademoiselle F., le 6 mai, sous anesthésie au balsoforme.

Nous pratiquons une large incision s'étendant du rebord costal droit au point de Marc Burney. Cette incision est faite sur la tumeur même. Nous écartons les fibres du muscle grand droit, droit. Le péritoine ouvert nous tombe sur une masse kystique, transparente multilobulée.

Partant de la face inférieure du foie dont il soulève le bord, le kyste, lorsque nous passons la main droite sous son bord interne s'extériorise avec la plus grande aisance.

Il présente le volume d'une tête d'enfant avec un axe longitudinal plus grand que l'axe transversal. Il tient par son sommet au foie, et par sa base à l'ombilic. Il est complètement libre entre ces deux extrémités, présentant en somme un pédicule inférieur et un pédicule supérieur, commençant dans la moitié antérieure du sillon longitudinal du foie dont le bord le recouvre et se terminant par un véritable ligament rond, long de 5 cms, à l'insertion basse habituelle de ce ligament.

La tumeur enlevée, l'angle colique droit et le cœcum apparaissent normaux.

L'appendice est enlevé. Le rein droit est ptosé mais de volume normal.

La vésicule biliaire est normale.

Fermeture en trois plans de la paroi abdominale.

Les suites opératoires furent excellentes.

Les douleurs cessèrent immédiatement et l'opérée, vue dernièrement, un an après son opération, ne se plaint plus et a repris ses occupations normales.

II. — OBSERVATION par MM. les Docteurs E. CAMELOT, professeur de clinique chirurgicale ; G. DESBONNETS, professeur agrégé et Batteur ancien interne des hôpitaux. (*Journal des sciences Médicales de Lille*, N° 31, 2 août 1936).

M. B. se présente à la consultation du Docteur Desbonnets pour une tumeur abdominale. Il est âgé de 32 ans, marié, père de deux enfants bien portants. Sa femme a fait récemment une perte de six mois. Son père n'a jamais été malade, sa mère est morte diabétique, de gangrène diabétique.

En 1926, il fait un séjour au Maroc où il contracte le paludisme qui cède rapidement à la quinine ; il présente également à cette époque, quelques phénomènes dysentériques sans qu'on puisse trouver d'amibes dans ses selles. Tout rentre dans l'ordre dès son retour en France.

Depuis deux ans, le malade ressent un endolorissement continu du flanc droit, pour lequel divers médecins prescrivent le régime des hépatiques et plusieurs cures de tréparsol qui n'amènent aucune amélioration.

Par ailleurs, cuisinier dans un restaurant important il précise qu'il est sobre et l'examen ne montre aucun signe d'éthylisme. Il ne présente pas de troubles intestinaux, les graisses et les œufs sont facilement absorbés, mais il se plaint de pesanteurs, il a l'impression de digérer difficilement, et après les repas il ressent une gêne de la région épigastrique avec sensation de respiration courte et de réplétion gastrique. Bien qu'il n'ait jamais vomi et ne présente pas de crises douloureuses, il se croit atteint d'une maladie d'estomac, et c'est ce qui l'incite à se faire examiner.

En palpant l'abdomen, on sent à droite de l'ombilic une tumeur plutôt élastique et tendue que molle et fluctuante, du volume d'une tête de nouveau-né, mobile sous

la peau, ne faisant qu'une saillie légère complètement réductible par la contraction des muscles de la paroi. Cette tumeur peut être mobilisée en totalité et être repoussée jusqu'au côté gauche de la ligne médiane et, à droite, jusque dans le flanc ; mais si cette mobilité est facile à mettre en évidence dans le sens latéral, il est impossible de faire descendre la tumeur dans la partie inférieure de l'abdomen ; *dans le sens vertical, elle paraît bloquée* et ne dépasse guère l'ombilic.

La masse rend un son mat à la percussion, est séparée du foie par une zone de sonorité et présente nettement le contact lombaire quand, grâce à sa mobilité transversale, on l'amène dans le flanc droit.

Le malade entre alors dans le service de M. le Professeur Camelot, pour y subir des examens destinés à préciser la situation de la tumeur.

Plusieurs recherches radiographiques sont pratiquées : l'absorption de bouillie barytée montre un estomac nettement refoulé vers le haut, *sans qu'il y ait agrandissement du cadre duodénal* ; la troisième portion du duodénum paraît également remontée.

Une pyélographie par voie intraveineuse montre des bassinets normaux à leur place habituelle. L'insufflation du colon permet de localiser la tumeur avec plus de précision et de noter que le cadre colique, très grandi par l'ascension du côlon transverse semble entourer complètement la tumeur.

L'examen clinique et les examens radiographiques nous inclinent à penser qu'il s'agit d'une tumeur kystique de l'étage sus-mésocolique de l'abdomen.

Nous envisageons l'hypothèse d'un *kyste du mésentère* ; elle ne nous satisfait cependant pas à cause de la situation élevée de la tumeur d'une part et par le fait, d'autre part, que si la tumeur peut bien se mobiliser dans le sens transversal, elle est absolument immobile

dans le sens vertical. Cette immobilité verticale d'ailleurs, peut se rencontrer dans les kystes du mésentère. C'est donc, sans être satisfaits que nous penchons vers le diagnostic de kyste du mésentère.

L'intervention est pratiquée le 14 novembre 1933 par les Professeurs Camelot et Desbonnets, sous anesthésie au mélange de Schleich. Laparatomie médiane, sus et sous-ombilicale. Au moment où l'on ouvre prudemment le péritoine, s'écoule un liquide lactescent : le kyste adhérent à la paroi antérieure a été ouvert. Le Professeur Camelot explore la cavité qui ne comporte aucun diverticule, aucune loge secondaire. La poche, formée par une membrane souple, mince et demi-transparente, est difficilement disséquée : *elle est développée entre les deux feuillets du ligament suspenseur du foie*, ne présente pas de pédicule vasculaire bien différencié, et quelques ligatures isolées suffisent pour arrêter un suintement sanguin peu important.

Le péritoine pariétal est suturé au péritoine du ligament suspenseur, et la paroi fermée en deux plans, sans drainage.

Les suites opératoires sont simples ; le malade quitte l'hôpital complètement guéri quinze jours après l'intervention.

L'examen cytot bactériologique du liquide pratiqué par le Professeur Archer, donne les renseignements suivants :

Albumine : 11 %,
Pas de microbes,
Nombreux lymphocytes,
Nombreuses hématies,
Pas de crochets hydatiques,
Pas de ferments pancréatiques.

L'examen anatomo-pathologique du kyste est exécuté par le Professeur Delattre « La paroi du kyste est formée

par des lames parallèles de tissu collagène interceptant quelques rares cellules musculaires. Un mince endothélium tapisse la surface interne de la paroi. On reconnaît les noyaux très aplatis des cellules de revêtement. Il est impossible d'attribuer une origine à une telle formation anatomique.

III. — OBSERVATION tirée de la thèse du Docteur J. GAUTHIER (1927).

Le malade âgé de 49 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis le 25 juin 1926, pour une tumeur de l'hypocondre droit.

Il y a trois ou quatre ans, le malade s'est aperçu, par hasard, qu'il « portait » à ce niveau une « petite grosseur ». Depuis, elle a augmenté progressivement de volume, sans déterminer aucun trouble de l'état général et sans s'accompagner de gêne ou de douleur locale. L'appétit est normal et les fonctions digestives ne présentent aucun trouble.

Examen. — On constate, à l'inspection, une voussure légère de l'hypocondre droit et de l'épigastre, voussure peu mobile avec les mouvements respiratoires.

A la palpation, on sent une tumeur arrondie à contours nets, de surface lisse et régulière, de consistance rénitente, mais indolore.

Elle a le volume d'un gros œuf d'autruche et est séparée du foie par un sillon. Elle semble en contact intime avec la paroi abdominale antérieure et donne à la percussion une matité bien limitée.

Si la respiration n'influe guère sur son siège, par contre, on la mobilise facilement ; on peut, en effet la déplacer dans l'hypocondre gauche et l'abaisser dans la fosse iliaque droite sans provoquer la moindre douleur.

L'absence de trouble de l'état général, l'indolence font

porter le diagnostic de kyste hydatique de la face inférieure du foie, bien qu'on ne puisse relever aucun des signes de l'intoxication hydatique.

L'examen radiologique indique une masse en dedans de cœcum, mais ne semblant avoir aucun rapport avec lui.

La réaction de Weinberg n'a pu être faite. Le dosage de l'urée sanguine a donné 0 gr. 45 par litre.

Opération faite le 6 juillet 1926 par Monsieur Chifoliau. Anesthésie : éther. Laparotomie médiane sus et sous-ombilicale. La tumeur apparaît immédiatement entre les deux feuillets du ligament suspenseur du foie. Elle s'extériorise facilement et est munie d'une sorte de pédicule de 7 à 8 centimètres de long, répondant au trajet sus-ombilical du cordon de la veine ombilicale.

La décortication est facile et se fait sans hémorragie, en passant entre les deux feuillets du ligament suspenseur du foie.

Deux ligatures sont placées sur le pédicule. L'examen de l'abdomen montre que la vésicule biliaire et le foie sont normaux et qu'il n'y a pas d'autre kyste dans la cavité abdominale.

Fermeture sans drainage.

Le troisième jour après l'opération, la température atteint 39° et reste en plateau à ce niveau jusqu'au dixième jour, moment où elle tombe rapidement à 37°. A côté d'une réaction pulmonaire nette, le malade a fait un léger ictère. Il sort néanmoins quinze jours après l'intervention sans avoir présenté d'accident local.

Revu le 19 novembre 1926, il est en parfait état, avec une cicatrice solide.

Examen de la pièce. — Le kyste enlevé a le volume d'un œuf d'autruche, arrondi, il présente de faibles bosselures sur sa face externe. Il contient un liquide absolument clair. Il est unilobulaire, mais sa cavité est par-

courue par quelques brides. Sa face interne est lisse et brillante.

On prélève aussitôt un fragment de la tumeur pour le fixer et l'examiner. M. le professeur Ménétrier a bien voulu examiner la coupe : la paroi externe présente une assise de cellule endothéliales indiquant l'origine vraisemblablement péritonéal qui serait due à une inclusion produite pendant l'évolution.

CONCLUSIONS

1° Les kystes des ligaments du foie sont des tumeurs exceptionnelles, dont l'intérêt est plutôt étiologique et clinique que thérapeutique.

2° L'étude étiologique de ces kystes se ramène en réalité à une discussion pathogénique. L'ancienne conception de Potain qui fait des kystes séreux de l'abdomen des tumeurs d'origine lymphatique mérite d'être signalée. Les inclusions viscérales ne paraissent guère devoir être envisagées au niveau du ligament suspenseur. Il semble qu'ici la pathogénie la plus probable soit tantôt une inclusion péritonéale, tantôt un défaut de coalescence de celui-ci.

3° Au point de vue du diagnostic, on doit noter :

A) Que c'est seulement par exclusion que l'on sera amené à entrevoir la possibilité de découvrir un cas de kyste des ligaments du foie.

B) Que les méthodes de contraste, opacification des voies biliaires et des voies urinaires, ingestion de bouillie barytée, insufflation gastrique ou colique

sont indispensables pour faciliter la localisation de la tumeur.

4° Au point de vue thérapeutique ces kystes ne semblent poser aucun problème spécial. Dans les observations que nous possédons les auteurs paraissent avoir adapté facilement leur technique à l'ablation d'une tumeur qu'ils n'avaient jamais rencontrée jusque-là.

Vu : le Doyen de la Faculté;
TIFFENEAU

Vu : le Président de thèse;
CUNÉO.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

CAMÉLOT, DESBONNETS et BATTEUR. — Kyste du ligament suspenseur du foie (*Soc. Méd. et Anato-mo-clinique de Lille*, n° 3, 20 janvier 1935).

CHIFFOLIAU. — Kyste séreux dans le ligament suspenseur du foie (*Bull. et Mém. Soc. Nat. de Chir.* 52 : 1197 déc. 25, 1926).

JEAN GAUTIER. — Contribution à l'étude des kystes de l'abdomen, Thèse Jouvès et C° Paris 1927.
